ITEM 36 : INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

- En 2016 : **212000 IVG/an** en France (198000 en métropole), dont 6% sur des mineures : 40% des femmes auront une IVG dans leur vie, incidence stable depuis 2006.
- 13.9 IVG pour 1000 femmes agées de 15 à 49 ans. Les plus concernées : 20-24 ans avec 26 IVG/1000 femmes ; chez les moins de 20 ans : nombre d'IVG en décroissance. 64% des IVG de façon médicamenteuse en 2016
- Disparités régionales : IDF, sud de la France et DROM : taux plus importants
- Législation :
. **Loi Weil** (**1975**) et **Pelletier** (1979) : dépénalisation de l'IVG jusqu'à 12 SA (Article L.2212-1 du Code de la SP)
. **Loi Roudy** (1982) : remboursement de l'IVG par la Sécurité sociale
. **Loi Aubry** (2001) : délai à 14 SA, entretien social facultatif pour les femmes majeures, IVG possible sans accord parental chez les mineures, IVG médicamenteuse possible hors établissement de santé
➝ Plus l'IVG est réalisée à un terme tardif, plus le risque de complication est élevé

Réglementation

- Délai légal en France : **14 SA** (12 semaines de grossesses)
- IVG hors établissements de santé jusqu'à **7 SA** (Attention MaJ 04/2020 : HAS valide la possibilité d'IVG à domicile jusquà 9 SA)
- **Patiente mineure non émancipée** : autorisation d'au moins un parent ou de la personne majeure de son choix
- **Clause de conscience** : un médecin peut refuser de pratiquer une IVG (ou une sage-femme, infirmière ou auxilliaire)
- L'IVG doit être réalisée par un médecin en établissement hospitalier désigné par arrêté préfectoral, ou par un médecin libéral ou un sage-femme agréé ayant signé une convention avec un centre d'IVG pour les IVG médicamenteuses
- Frais liés à l'IVG remboursés par la CPAM à 100% avec tiers-payant
- **Patientes étrangères** : ne nécessite plus de justificatif de résidence > 3 mois ou de régularité de séjour
- **Déclaration anonyme obligatoire à l'ARS de toute IVG (**suivi épidémiologique et évaluation des pratiques)
- **Droit à l'anonymat :**
  . En cas d'hospitalisation, droit à l'anonymat sur les relèves de sécurité sociale quelque soit l'âge de la patiente
  . En médecine de ville : l'anonymat n'est pas garanti si la femme est majeure (garanti que pour les mineures)

Structure d'accueil

- Structure disposant d'un **plateau technique chirurgical** si IVG réalisée **> 12 SA**
- Les établissements publics qui disposent de lits ou de places en gynécologie-obstétrique ou en chirurgie ne peuvent refuser de pratiquer des IVG
- Délais rapides : rendez-vous de consultation dans les **5 jours** suivant l'appel (IVG en HDJ ++)

Procédure légale

1ère consultation médicale

- **Confirmation de la grossesse (hCG)** et de **l'âge gestationnel** par **DDR ± écho** (non indispensable)
- IVG possible selon echo si LCC < 90 mm et/ou BIP < 30 mm
- Vérification du **groupe sanguin-Rhésus** ou détermination sur prélèvement sanguin + **RAI**
- Information et choix entre les 2 méthodes d'IVG selon le choix de la patiente
- Information et discussion sur la contraception ultérieure et les IST (± dépistage)
- Remise d'un **dossier guide d'information écrit**
- Remise d'un **certificat initial de demande d'IVG** (même si refus du médecin de réaliser l'IVG)
➝ **Le délai de réflexion de 1 semaine n'est plus obligatoire** (2015), mais **nécessité de 2 consultations**

Entretien social

= Entretien d'information, de soutien et d'écoute
- **Systématiquement proposé** mais **non obligatoire pour les patientes majeures** (avant et après l'IVG)
- **Obligatoire pour les mineures** : remise d'une **attestation de consultation**

2e consultation

- Confirmation par écrit de la demande d'IVG par un **formulaire de consentement**
- Si IVG médicamenteuse : prise orale de **mifépristone** en présence du médecin
- Si IVG chirurgicale : organisation d'une **consultation pré-anesthésique**

3e consultation = IVG

- **IVG chirurgicale** ou **médicamenteuse**
- **Prescription et début de contraception dès le lendemain de l'IVG**
➝ La pose d'un DIU est possible directement en fin d'aspiration en cas d'IVG chirurgicale
- Si patiente de groupe Rh- : prévention de l'allo-immunisation par **Rophylac®** dans les 72h (dans l'idéal au moment de l'acte)

4e consultation

= Examen de contrôle à **2 à 3 semaines** : conseillée (surtout si médicamenteuse) mais **non obligatoire**
- Vérification de la vacuité utérine, de l'arrêt du saignement et de l'absence d'infection

Documents légaux

- Pour toute IVG :
. **Certificat de consultation initiale** ± **attestation d'entretien sociale** si mineure
. **Demande d'IVG** nominale et signée par la patiente
. **Autorisation parentale** ou **légale** pour les mineures
- IVG médicamenteuse ambulatoire: **fiche de liaison** avec l'établissement de santé du médecin référent
➝ Documents conservés **1 an** par le médecin ou l'établissement de santé qui réalise l'IVG

IVG MEDICAMENTEUSE

➔ Efficace jusqu'à 14 SA, mais autorisé légalement uniquement pour une grossesse **< ou = 9 SA**
- Avantage : non invasive, sans anesthésie, bonne efficacité **> 95%**, possible en ambulatoire à domicile jusqu'à 9 SA (HAS 2020)
- La **méthode médicamenteuse est CI en cas de :**
  . Troubles de la coagulation, prise d'un traitement anticoagulant
  . Anémie profonde (Hb < 9-10 g/dl)
  . DIU en place si impossiblité de le retirer
  . Patiente isolée, incompréhension, voyage après procédure dans une zone sanitaire à risque, visite de contrôle impossible
- **Devant une GLI, ne pas retarder la prise en charge si :**
  . HcG < 1500 UI
  . Absence de FdR de GEU
  . Absence de symptomes de GEU
  . Femme informée des signes de GEU, du risque de non diagnostic de GEU
  . Surveillance possible avant et après la procédure par hCG (une baisse de moitié à J5 et de 80% à J7 signe le succès de la manœuvre)

Médicaments

Mifépristone
Mifegyne®
Miffee®

= **Anti-progestérone** (affinité pour les récépteurs de progestérone 5 fois plus forte que la progestérone): nécrose déciduale entraînant un **détachement de l'œuf**, **contractions utérines** et **modifications cervicales**
- **CI** : asthme sévère déséquilibré, insuffisance surrénale chronique, porphyrie, corticothérapie au long cours
A utiliser **avec prudence si : insuffisance hépatique, malnutrition, insuffisance rénale
**Inefficace en cas de GEU (pas de récépteurs à la progestérone)

Misoprostol
Gymiso®
Misoone®

= **Analogue de prostaglandine (PGE1)** : stimule la **contractilité utérine** et l'**expulsion de l'œuf**
- CI : allergie au misoprostol, aux PG
➔ L'absence de saignement après la prise de prostaglandine doit faire craindre un échec
**Cytotec : n'a plus l'AMM depuis 2018.

Géméprost

*= Cervagème® : **analogue de prostaglandine** en ovule par voie vaginale*

Réalisation

Avant 7 SA CNGOF 2016	- **J1** = **Mifépristone** = 200mg *per os* en 1 prise - **24-48h après** = **Misoprostol** = 400 µg par voie orale, buccale ou sublinguale voire vaginale (HAS : J1 mifepristone 200 mg puis 36-48h après : gemeprost 1 mg OU J1 mifepristone 600 mg puis 36-48h après misoprostol 400 µg)
Entre 7 et 9 SA CNGOF 2016	- **J1** = **Mifépristone** = 200 mg *per os* en 1 prise - **24-48h après** = **Misoprostol** = 800 µg : par voie vaginale ou sublinguale ➔ prise orale non recommandée ± 400 µg au bout de 3-4 heures si pas d'expulsion (HAS : J1 200 mg mifepristone puis 36-48h après : 1 mg de gemeprost)
Entre 9 et 12 SA CNGOF 2016	- **J1** = **Mifépristone** = 200 mg *per os* en 1 prise - **J3** = **Misoprostol** = 800 µg : par voie vaginale ou sublinguale ➔ prise orale non recommandée ± 400 µg (jusqu'à 5 doses supplementaires toutes les 3 heures jusqu'à expulsion (HAS : pas recommandé)

- **Expulsion** le plus souvent dans les 4h suivant la prise de misoprostol
- Prescription associée d'un **antalgique** et d'un **anti-émétique** : Ibuprofène (max 1.2g/24h) ± paracetamol
- Saignement : présent généralement pendant 10J mais peut aller jusqu'aux règles suivantes.
- Consultation de contrôle à 2-3 semaines : s'assurer de l'expulsion complète de la grossesse
- Suivi par : hCG (diminution > 80% à J15), échographie ou test urinaire.
- En cas d'échec : **IVG chirurgicale** possible ou 800 µg de misoprostol par voie vaginale ± renouvelé à 24-48h

Complication

- **Hémorragie importante**
- **Endométrite** (rare 0.1%) (antibioprophylaxie pas recommandée pour IVG médicamenteuse)
- **Persistance d'une grossesse évolutive (< 1%)**, avec **risque tératogène** des 2 médicaments
➔ Aucune augmentation du risque de **troubles psychiatriques** démontrée

<table>
<tr><td rowspan="5">IVG CHIRURGICALE</td><td colspan="2">➝ Possible quelque soit le terme – seule technique utilisable de 9 à 14 SA selon HAS : 1% d'échec
- Réalisée sous AL ou sous AG : choix selon la patiente
- Antibioprophylaxie systématique par
. Age > 25 ans : Métronidazole
. Age < 25 ans ou à risque d'IST : doxycycline ou azithromycine si intolérance
➝ L'IVG chirurgicale n'est pas associée à une augmentation du risque d'infertilité ultérieure et de GEU</td></tr>
<tr><td>Réalisation</td><td>- Consultation pré-anesthésique avant le geste
- AINS per-opératoire : 600mg d'ibuprofène
- Préparation cervicale médicamenteuse : misoprostol ± mifépristone
- Dilatation à l'aide de bougies de calibre croissant
- Aspiration endo-utérine ± curetage doux ± pince à préhension ± perfusion d'ocytocique
- Examen macroscopique du produit d'aspiration ± anatomo-pathologique si anomalie suspectée
- Contrôle échographique per-opératoire si l'aspiration paraît incomplète (non recommandé de manière systématique)</td></tr>
<tr><td>Complication immédiate</td><td>- Accident lié à l'anesthésie locale ou générale
- Perforation utérine (1 pour 1000) : risque de perforation intestinale (imposant une coelioscopie), d'infection pelvienne, de péritonite ou d'hémopéritoine
- Hématométrie : accumulation intra-utérine de sang
- Malaise vagal (lors de la dilatation cervicale)
- Déchirure du col (1%, bénigne)</td></tr>
<tr><td>Complication précoce</td><td>- Hémorragie (1%) (rétention intra-utérine partielle) pouvant nécessiter une transfusion (0,01%)
- Infection : endométrite (1%), salpingite, pelvipéritonite, septicémie
- Complication thrombo-embolique sur terrain à risque
- Rétention de débris trophoblastique : métrorragie abondante, utérus non involué, image hyperéchogène à l'échographie ➝ nécessite une aspiration + curetage secondaire ou exérèse sous contrôle hystéroscopique.</td></tr>
<tr><td>Complications tardives</td><td>Pas d'augmentation du risque de :
. Infertilité ultérieure
. Fausse couche spontanée
. GEU
. Anomalies de placentation
. Accouchement prématuré
. Cancer du sein
. Augmentation des troubles psychiatriques
Complications secondaires (IVG chir ou médicale) : MAVU (malformations artérioveineuses utérines) => embolisation par radiologie interventionnelle</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Contraception</td><td>En cas d'IVG médicamenteuse</td><td>- Contraception orale, patch ou implant le jour ou le lendemain du misoprostol
- Anneau vaginal dans la semaine
- DIU dans les 10 jours suivants, après contrôle échographique de la vacuité utérine</td></tr>
<tr><td>En cas d'IVG chirurgicale</td><td>- Contraception orale, patch ou implant le jour même
- Anneau vaginal dans les 5 jours
- DIU le jour même</td></tr>
</table>

CODEX S-ECN.COM